

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

301

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri MALABRE

Né le 16 février 1914, à Grand-Bourg (Creuse).

Un cas curieux de
Tumeur solide du Cordon Spermatique
Contribution à l'Etude
des Tumeurs Solides du Cordon

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri MALABRE

Né le 16 février 1914, à Grand-Bourg (Creuse).

Un cas curieux de
Tumeur solide du Cordon Spermatique

Contribution à l'Etude
des Tumeurs Solides du Cordon

Président : M. MONDOR, Professeur.

.....

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOÏ.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	AUBERTIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LÉVY-VALENSI.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Henri BENARD.
	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEREBoullet.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies du système nerveux ...	
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique ophtalmologique	CUNÉO.
Clinique urologique	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique d'accouchements	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique gynécologique	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	COUVELAIRE.
Clinique thérapeutique médicale	JEANNIN.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique propédeutique	OMBRÉDANNE.
Clinique de la Tuberculose	HARVIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	LEMAITRE.
Clinique de cardiologie	Pierre DUVAL.
Clinique de neuro-chirurgie	M. VILLARET.
Assistance médico-sociale	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES .. Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale
LENEGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
cale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHEZ Physiologie.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
LE LORIER .. Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALLIER.
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
HUGUENIN.
LAROCHE (G.).
LIAN.
MOREAU.
PIÉDELÈVRE.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
de GAUDART.
d'ALLAINES.
LEVEUF.
MOULONGUET.
MOURE.
QUENU.

Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
PORTES.
VIGNES.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Bien faible gage de mon affection et en
reconnaissance des sacrifices qu'ils se sont
imposés.*

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

Dont je garde un pieux souvenir.

A MON ONCLE

En témoignage de mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de Pathologie Chirurgicale.

Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

*Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

*Nous avons eu l'heureuse fortune de
suivre son enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALDENWECK

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Beaujon.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD FEY

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES MOTZ

Chef de Consultation du Service d'Urologie de l'Hôpital Necker.

*En témoignage de reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a donné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TISSOT

*Que je remercie de m'avoir accepté si
amicalement dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR WOLFROMM

*Qui nous a inspiré ce sujet de thèse et
qui avec une complaisance inépuisable a
mis à notre disposition les ressources de
sa documentation.*

*Remerciements et hommages respec-
tueux.*

CHAPITRE I

CLASSIFICATION DES TUMEURS DU CORDON

Les tumeurs solides du cordon observées jusqu'à ce jour peuvent se classer de la façon suivante :¹

I. TUMEURS DÉVELOPPÉES AUX DÉPENS DU TISSU CONJONCTIF OU MÉSODERMIQUE.

1. *Tumeurs bénignes.*

A. Fibromes du cordon :

- a) fibrome pur;
- b) fibrome œdémateux (souvent désigné dans les observations sous le nom de myxome).

B. Lipomes du cordon :

- a) lipome simple;
- b) lipomes symétriques douloureux;
- c) lipomes récidivants.

C. Angiomes du cordon :

angiome caverneux.

(1) Nous suivons dans cette classification l'ordre adopté par P. LECÈNE et P. MOULONGUET dans le tome I du *Précis de Pathologie chirurgicale* (Masson 1937) dans le chapitre consacré à l'étude générale des tumeurs.

2. *Tumeurs malignes.*

Sarcomes du cordon :

- a) sarcomes fibroblastiques (désignés dans les observations sous le nom de fibro-sarcomes, ou de sarcome fusocellulaires);
- b) sarcome polymorphe;
- c) lipo-sarcome;
- d) myxo-sarcome (classé par certains dans les tumeurs mixtes);
- e) chondorsarcome;
- f) léiomyomes malins;
- g) lymphadénome (souvent désigné dans les observations sous le nom de sarcome globo-cellulaire).

II. TUMEURS DÉVELOPPÉES AUX DÉPENS DES ÉPITHÉLIUMS.

1. *Tumeurs malignes.*

A. Épithéliomas.

III. TUMEURS FORMÉES PAR DES TISSUS EMBRYONNAIRES.

Tumeurs bénignes.

A. Dysembryomes bénins kystiques :

- a) kystes dermoïdes.

B. Dysembryomes solides bénins :

- a) tumeurs mixtes.

*
**

Deux types de tumeurs sont souvent décrits dans les observations de tumeurs solides du cordon :

1° *des tumeurs réunissant plusieurs caractères histologiques différents* : fibro-myomes, lipo-fibro-sarcomes;

2° *des tumeurs ayant subi la dégénérescence myxomateuse* : myxo-sarcomes, myxo-lipo-sarcomes.

*
**

Maintes fois aussi, dans les observations on signale — sans que des preuves certaines en soient données — qu'il s'agit de *tumeurs bénignes dégénérées en tumeurs malignes*. Dans nombre de cas, la malignité ou la bénignité de la tumeur n'a pu être sûrement établie. La clinique n'a pas permis, plus que l'histologie pathologique, d'être fixé sur le degré réel de malignité de la tumeur, car dans la plupart des observations ne figure aucun renseignement sur l'avenir éloigné du malade.

*
**

A côté des tumeurs dont les caractères anatomiques nets permettent un diagnostic microscopique certain, il en a été publié un certain nombre pour lesquels *nul diagnostic histologique* sûr n'a pu être posé. On n'a pas trop su à quel type de tumeur on avait affaire et parfois on en est arrivé à se deman-

der s'il s'agissait bien d'une véritable tumeur ou simplement d'une formation solide, aboutissement d'un simple processus inflammatoire.

C'est une tumeur de ce genre que nous nous proposons d'étudier ici. Nous devons la relation de ce cas à l'obligeance du D^r WOLFROMM.

CHAPITRE II

OBSERVATION D'UN MALADE PORTEUR D'UNE FORMATION SOLIDE DU CORDON SPERMATIQUE, FORMATION DE CARACTERE PLUS INFLAMMATOIRE QUE NEOPLASIQUE

OBSERVATION I.

ETUDE CLINIQUE.

Un malade de 36 ans, Monsieur G... vient consulter à la fin de Décembre dans le service d'Urologie de l'Hôpital Necker.

Il n'a rien observé lui-même d'anormal; mais à l'occasion d'une visite médicale obligatoire due aux circonstances de guerre, on lui a trouvé une lésion sur laquelle a été porté le diagnostic sommaire de « kyste du cordon » dont on lui a conseillé de se faire débarrasser chirurgicalement.

Le malade n'a jamais éprouvé ni douleur, ni gêne, ni pesanteur dans le scrotum.

La bourse droite est déformée. Elle a la forme d'un sablier. Le renflement inférieur est représenté par le testicule, le renflement supérieur, qui est au milieu du cordon, de même taille ou presque que le testicule, représente la lésion découverte chez le malade.

Testicule et épidyme gauche sont absolument normaux. Au niveau de la partie moyenne du cordon, on sent une masse ovoïde, légèrement bosselée, roulant librement sous la peau, dépourvue de toute élasticité et de toute rénitence, mais au contraire d'une dureté ligneuse assez inquiétante.

Une intervention est décidée. Le chirurgien demande

carte blanche au malade et l'autorisation de faire sauter son testicule au moindre soupçon de tumeur maligne. Le malade qui est un homme cultivé et père de trois enfants acquiesce à cette demande.

L'intervention est pratiquée le 29 décembre 1939 sous anesthésie au mélange de Schleich. Une incision inguino-scrotale permet d'extérioriser la masse funiculo-testiculaire. Devant l'extrême dureté et les bosselures de la tumeur, on pratique une semi castration en coupant le cordon au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal. Drainage et suture. Suites opératoires sans incidents.

Le malade est revu au début de Février 1940. Il se porte bien, mais reste fatigué, fatigue attribuable d'ailleurs à un surmenage prolongé.

ETUDE ANATOMIQUE.

A. A l'œil nu.

La masse funiculo-testiculaire est sectionnée longitudinalement, après que l'on a vérifié l'indépendance complète de la tumeur et des éléments du cordon.

Le testicule et l'épididyme sont parfaitement normaux. La tumeur qui ne contracte aucune adhérence avec le testicule, la vaginale ou l'épididyme mesure environ 5 cm. sur 3 cm. Elle paraît bien encapsulée.

A la section, elle présente deux champs; un champ supérieur, de beaucoup le plus important, de couleur blanc-jaunâtre, avec des ilots bien limités, les uns plus blancs, les autres plus jaunes. La consistance en est très ferme. Sous le champ supérieur, un champ inférieur plus petit est séparé du précédent par une bandelette fibreuse. A ce niveau, la tumeur est plus molle et d'un jaune plus franc.

Le champ supérieur donne l'impression d'un sarcome, le champ inférieur d'un lipome un peu ferme.

B. Au microscope.

I. Partie supérieure de la pièce.

Nous étudierons successivement le stroma de la tumeur dans ses différents aspects, les cellules, les vaisseaux.

a) Dans son ensemble, la tumeur possède un riche *stroma* conjonctif, mais son importance varie suivant les points considérés. A côté de gros amas de fibres conjonctives, on trouve des zones où la trame est beaucoup moins dense.

A la périphérie de la tumeur, les lames conjonctives assez denses prennent une orientation parallèle, mais ne forment pas une capsule nettement différenciée.

En plusieurs points de la tumeur, on trouve des ilots d'aspect lipomateux et vers l'une des extrémités de la coupe, on découvre un peu de tissu osseux, ayant les caractères d'un os de membrane.

b) Les seules *cellules* reconnaissables sont des leucocytes. Ils forment çà et là des amas très denses où l'on trouve pas mal de polynucléaires et qui donnent l'impression parfois d'un petit abcès. A côté de ces cellules, on trouve assez clairsemées des cellules plus grandes à gros noyau. On a plus de tendance à les prendre pour des histiocytes que pour des cellules tumorales. Aucune monstruosité cellulaire n'est relevée.

c) Les *vaisseaux* ont des parois parfois épaissies, mais sont surtout entourés d'une gangue de sclérose périvasculaire.

II. *Partie inférieure de la pièce.*

La partie inférieure de la pièce présente les mêmes caractères généraux, mais le *stroma* y est moins dense, les ilots lipomateux plus développés et on n'y rencontre pas de formations osseuses.

*
**

La riche infiltration leucocytaire, les altérations des vaisseaux, la formation de lames osseuses et surtout l'absence d'un type prédominant de cellule à aspect tumoral font pencher le diagnostic en faveur d'une formation inflammatoire, dont la nature exacte n'est pas définissable. Ce qui paraît certain, c'est qu'il ne s'agit pas de tuberculose.

CHAPITRE III

HYPOTHESES CAPABLES D'EXPLIQUER UNE TELLE FORMATION SOLIDE DU CORDON SPERMATIQUE

Il est impossible de considérer comme un néoplasme la formation solide qui s'est développée dans le cordon spermatique du malade de l'observation précédente : tout parle en faveur d'une lésion inflammatoire; l'absence d'un type prédominant de cellules exclut l'idée d'un néoplasme. Les formations osseuses des lésions inflammatoires sont assez connues pour ne pas nous dérouter ici et nous faire croire à un dysembryome.

Quelle a pu être la cause de cette lésion inflammatoire.

A. La *tuberculose* doit être exclue : rien qui ressemble à un follicule tuberculeux; quelques grandes cellules, mais pas de cellules géantes.

B. La *syphilis* pourrait être incriminée. Le malade croit ne l'avoir pas contractée. Aucun stigmate de syphilis héréditaire n'a pu être relevé. La séro-réaction de la syphilis s'est montrée négative.

C. On ne peut guère penser à une localisation de la *maladie de Nicolas-Favre*. Ce n'est ni une localisation connue, ni l'aspect histologique. Par acquit de conscience, il a été fait une réaction de Frei : elle a été négative.

D. Reste l'hypothèse d'une *affection inflammatoire banale*. Sur l'agent pathogène, aucune affirmation n'est possible; aucun examen bactériologique, aucun ensemencement n'a été pratiqué.

Sur le point de départ anatomique précis de la lésion, nous ne savons rien non plus : voici les hypothèses qui se présentent à l'esprit.

A) Il n'existait aucune *hernie inguinale*, la tumeur était à grande distance de l'anneau inguinal et ne lui était rattachée par rien. Il ne peut s'agir de la modification inflammatoire d'un segment de sac herniaire.

B) La lésion a-t-elle eu pour point de départ un *lipome du cordon*, lipome simple et banal qui se serait, sous une cause inconnue, enflammée. C'est peu probable : l'infection des lipomes est assez rare. Leur stéatonécrose et leur calcification sont plus fréquentes, mais rien ici qui ressemble à une telle évolution. Les points où la masse observée présentait des aspects lipomateux sont extrêmement réduits et ne suffisent pas à donner la certitude que la lésion a débuté comme un lipome.

C) La transformation inflammatoire d'un *fibrome du cordon* ne peut guère être retenue. Il resterait

plus de trace des éléments caractéristiques du fibrome; il ne se serait pas réduit à quelques travées conjonctives.

D) Peut-on admettre qu'il se soit agi d'une *hydrocèle enkystée* du cordon; cette hydrocèle aurait subi les transformations que l'on voit dans la *pachyvaginalité* de la grande séreuse vaginale. Il faudrait pour cela que l'on ait pu déceler dans la tumeur des foyers hémorragiques anciens, des dépôts de pigments sanguins. Or il n'en a pas été trouvé. Il n'y a pas le moindre reliquat de cavité et cette hypothèse ne peut guère être retenue.

E) La transformation inflammatoire d'un *kyste Wolffien* ou d'un *kyste spermatique du cordon* ne peut guère être envisagée non plus.

F) Une dernière hypothèse serait que la formation solide observée chez notre malade fut l'aboutissant d'un de ces *kystes développés aux dépens du tissu conjonctif du cordon* et qu'a décrit FIORI (Modène) dès 1901. Ces kystes seraient dus à des excitations mécaniques prolongées. Il faudrait admettre dans le cas de notre malade que la cavité de ce kyste a disparu. Nous ne pouvons fournir aucune preuve en faveur de cette dernière explication.

*
**

Il faut reconnaître que dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons définir le processus exact qui a amené la formation solide du cordon que nous avons observée.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

On ne sait absolument rien sur l'étiologie des tumeurs solides du cordon. On n'a pas manqué de faire intervenir dans leur pathogénie l'action des traumatismes, surtout des traumatismes répétés. Mais cette action n'est rien moins que prouvée. Des milliers de hernieux brutalisent constamment leur cordon grâce à leur bandage, sans être atteints de tumeurs solides de cet organe.

Les tumeurs solides du cordon apparaissent en général de 35 à 60 ans; mais on a vu de ces tumeurs chez les jeunes enfants : et les vieillards n'en sont pas exempts.

La majorité des tumeurs observées siégeait à gauche; on en a conclu, sans pouvoir le prouver, à l'action favorisante exercée par la présence du varicocèle, plus fréquent à gauche.

Voici des données qui renseignent sur la fréquence des différentes tumeurs. Sur 198 tumeurs du cordon, MACKENSIE a compté :

Lipomes	58
Dysembryomes	46 ¹
Tumeurs Wolffiennes	19
Fibromes	25
Myxome	1
Sarcomes	25
Kyste du derme conjonctif	11
Lymphangiomes	5
Cavernomes	1
Myome	1
Non classées	6

(1) Dans ce groupe MACKENSIE fait entrer les kystes dermoïdes, les myxo-sarcomes, les fibro-myxo-sarcomes, les fibro-myo-sarcomes, etc...

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE DES TUMEURS SOLIDES DU CORDON

I. — SÉMIOLOGIE.

Les tumeurs solides du cordon, comme les kystes de cette région, restent souvent longtemps latentes et inconnues du malade.

Elles sont *découvertes fortuitement* soit par le malade lui-même, soit par un médecin au cours d'un examen médical général.

Il est assez rare qu'elles signalent leur apparition par des *douleurs*. Celles-ci, même dans les néoplasmes malins, n'apparaissent que lorsque la tumeur devient gênante par son poids et son volume : pesant sur le scrotum, tiraillements dans l'aîne et dans le bassin.

L'examen physique du malade précisera le *siège exact*; le *volume*, la *consistance*, l'*état de la surface*, le *degré d'opacité ou de transparence* de ces tumeurs.

Il est des tumeurs très hautes, cachées à l'intérieur

du canal inguinal; il en est même de sous-péritonéales qui ne s'engagent dans le canal inguinal que pendant les efforts et la toux, ou lorsque, durant la cure opératoire d'une hernie, on tire un peu vivement sur le cordon.

D'autres tumeurs sont situées à la partie moyenne du cordon, dans son segment extrapariétal : elles apparaissent aussi nettement indépendantes de la paroi musculaire abdominale que de la masse testiculo-épididymaire.

Il est enfin des tumeurs basses qui viennent au contact de l'épididyme et du testicule et ce contact est parfois si étroit que l'on ne découvre que lors de l'intervention leur indépendance réelle de ces organes. Quelquefois prenant un grand développement, elles coiffent testicule et épididyme très étroitement et même semblent les englober dans leur épaisseur.

Leur *volume* varie de celui d'un pois, d'une noisette à celui d'une tête de petit enfant; elles sont en général de la taille d'une noix verte ou d'une mandarine.

Leur *consistance* est variable : elles sont dures en cas de fibrome, de sarcome; elles sont plus molles en cas de tumeur myxomateuse, plus molles encore en cas de lipome.

Leur *surface* est souvent régulière et lisse, mais parfois aussi bosselée, irrégulière.

Elles sont toutes opaques à la lumière, sauf certaines tumeurs myxomateuses qui sont légèrement translucides.

L'examen du malade sera complété par l'exploration des *ganglions* inguinaux, cruraux et iliaques. Il est rare de les trouver perceptibles, mais cela peut arriver avec certaines tumeurs malignes.

L'évolution de ces tumeurs est en général assez lente. Cependant certaines d'entre elles qui étaient restées de petite taille pendant des années, prennent soudain un développement brusque. Certains se basent sur ce fait pour affirmer que la tumeur ne s'est mise à croître que lorsqu'elle est passée de l'état de tumeur bénigne où son volume restait modeste, à l'état de tumeur maligne qui comporte souvent des phases d'accroissement rapide. Naturellement, il n'a pu être jamais fait aucune vérification de cette hypothèse.

Le *pronostic* des tumeurs malignes est aussi mauvais qu'ailleurs : elles aboutissent à des métastases, à de l'amaigrissement, à de la cachexie.

II. — DIAGNOSTIC.

Les tumeurs haut situées sont en général méconnues. Elles ne sont parfois découvertes que lors de la cure de la hernie qui peut les accompagner.

Les tumeurs de la partie haute du cordon, dans ses segments pariétaux et scrotaux, peuvent être confondues avec des *hernies* irréductibles.

Les tumeurs de la partie moyenne du cordon peuvent être prises pour des *hydrocèles enkystées*

du cordon ou pour des *kystes Wolffiens* ou *spermatiques* de cette région, ou pour des *kystes développés aux dépens du tissu conjonctif du cordon*.

Un examen sérieux permettra toujours de distinguer les tumeurs solides de la partie inférieure du cordon des *lésions inflammatoires ou néoplasiques* de l'épididyme, du *testicule* ou de ses enveloppes. Il sera parfois délicat devant une tumeur touchant à l'épididyme de dire la part de ce qui revient à la tumeur et la part de ce qui revient à l'épididyme. Il faudrait beaucoup de légèreté pour confondre une tumeur solide du cordon avec une *épididymite*.

CHAPITRE VI

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE COMPARATIVE DES DIVERS TYPES DE TUMEURS SOLIDES DU CORDON

Nous avons réuni ici dix-huit observations qui donneront une idée de ce que sont les tumeurs solides du cordon.

L. — Fibromes du cordon.

1. FIBROME SIMPLE.

Observation 2 (HINMAN et GIBSON, 1924). — Un homme a découvert, il y a cinq ans et par hasard, l'existence dans la partie gauche du scrotum d'une petite masse dure du volume d'une bille, située juste au-dessus du testicule et tout à fait indolore.

Il y a trois ans, il a été éliminé du service militaire pour un prétendu kyste spermatique.

La tumeur a un peu grossi depuis; elle est toujours dure. Elle détermine quelques douleurs dans l'aîne. Cependant depuis deux ans, elle ne paraît pas avoir augmenté de volume.

L'examen montre à 2 cm. 5 au-dessus du testicule une masse dure ovoïde légèrement bosselée, un peu plus grosse que le testicule lui-même. Le canal déférent paraît indépendant de la masse sauf en dedans. La tumeur semble en connexion intime avec les enveloppes du cordon.

Sous anesthésie locale, ablation d'une tumeur bien encapsulée et facilement énucléable, ayant son origine dans les enveloppes du cordon. Le canal déférent qui est en arrière, est laissé indemne.

La tumeur enlevée est légèrement bosselée. Elle est recouverte d'une capsule très dure et très peu vasculaire. A la coupe, on voit au centre un noyau d'un centimètre de diamètre, très dur, entouré par un tissu blanc grisâtre, uniforme, élastique et un peu spongieux.

Au microscope, la tumeur apparaît faite de tissu fibreux sous forme de bandes et de tourbillons avec de très nombreux vaisseaux à parois épaissies, et avec une infiltration de lymphocytes et de cellules plasmatiques multiples. Au niveau du nodule, les vaisseaux sont moins nombreux et ont des parois moins épaisses, mais l'infiltration d'éléments inflammatoires est plus marquée et il s'y ajoute des polynucléaires.

En somme, tumeur conjonctive bénigne avec réaction inflammatoire manifeste.

Observation 3 (DUBAR et LEROY, 1908). — Un malade de 32 ans entre à l'hôpital pour une double pointe de hernie inguinale qui semble être apparue 4 ans auparavant. Ce n'est que lors de l'opération que l'on découvre, vers l'orifice intérieur du canal inguinal, une petite tumeur ovoïde de consistance fibreuse, du volume d'une noix et située au milieu des éléments du cordon qu'elle dissocie. Cette tumeur n'apparaît bien que lorsqu'on exerce une traction sur le cordon, sinon elle reste derrière la paroi, ce qui explique qu'on ne l'avait pas perçue en examinant la hernie du malade, hernie sur l'existence et surtout le volume de laquelle l'examen clinique avait laissé des doutes. Le canal déférent est placé en arrière de cette tumeur, entre elle et la paroi postérieure du canal inguinal. La tumeur est facilement décortiquée et extraite. Elle avait entraîné à sa suite, à la manière d'un lipome un petit sac herniaire qui est ligaturé et reséqué. Le malade avait de plus un varicocèle gauche.

La tumeur régulièrement ovoïde crie sous le couteau. Sa surface de section est blanchâtre et présente exactement l'aspect du tissu fibromateux. Son râclage reste sans effet.

Histologiquement la tumeur est constituée par du tissu fibreux abondant et très dense. Certains faisceaux conjon-

tifs coupés suivant leur longueur dessinent d'élégantes ondulations. Les autres coupes suivant leur épaisseur, présentent à l'œil leur surface de section. Ça et là, de petits vaisseaux sanguins à parois plus ou moins altérées. Par places de petites hémorragies interstitielles. Les coupes sont parsemées de nombreux corps cellulaires disséminés ou groupés en amas, notamment au voisinage des vaisseaux et de corpuscules spéciaux dont voici la description : ce sont des formations arrondies, irrégulièrement sphériques et d'inégales dimensions. Les unes ont à peu près le volume de cellules adipeuses, les autres plus nombreuses sont beaucoup plus petites. Insolubles dans les acides l'alcool et l'éther, elles paraissent constituées par une membrane périphérique nettement visible, contenant une masse protoplasmique dans laquelle on aperçoit, en faisant varier le point, un amas nucléaire central ou périphérique. On a beaucoup hésité sur la nature de ces corpuscules. Le professeur HERMANN (Toulouse) les considère comme des points de dégénérescence hyaline en voie de minéralisation, analogues à ceux qu'il a décrit dans certains fibromes de l'utérus. La tumeur ne renfermait ni fibres musculaires, ni fibres élastiques.

2. FIBROME ŒDÉMATEUX (SOUVENT DÉSIGNÉ SOUS LE NOM DE MYXOME OU DE MYXO-FIBROME).

Observation 4. — Un homme de 37 ans porte depuis 18 ans dans la bourse gauche, une tumeur, qui a atteint progressivement la grosseur d'un œuf de poule. C'est une tumeur ovoïde, lisse, indolore bien mobile; elle siège sur le trajet du cordon, au-dessus du testicule et de l'épididyme qui sont légèrement atrophiés. La tumeur est complètement translucide. On porte le diagnostic d'hydrocèle funiculaire et on procède, sous anesthésie locale, à son énucléation. Elle se laisse assez facilement séparer du cordon.

L'examen indique qu'il s'agit d'une tumeur de consistance gélatineuse qui possède les caractères histologiques du myxo-fibrome (STARLINGER, 1925).

II. — Lipomes.

1. LIPOME SIMPLE.

Observation 5. — Un homme, de 35 ans entre à l'hôpital pour une tumeur scrotale qui le gêne par son poids et son volume. La moitié droite du scrotum présente le volume d'une tête d'enfant et descend jusqu'à mi-cuisse. Elle est remplie par une tumeur molle, indolore avec quelques noyaux un peu plus durs, dont l'un, situé en arrière et en dedans, rappelle le testicule, mais n'en présente nullement la sensibilité particulière à la pression. En haut, la tumeur a'teint l'orifice inguinal externe, mais sans y pénétrer; en bas, elle englobe complètement le testicule et l'épididyme. La peau du scrotum est distendue, mais bien mobile sur la tumeur et présente quelques ulcérations croûteuses.

A gauche, le testicule est normal. Il n'existe aucune autre anomalie sur le reste du corps.

Il n'y a guère qu'un an que la tumeur actuelle est apparue : grosse d'abord comme une petite noix, elle était située au-dessus et en dehors du testicule qui en était bien distinct. Mais en s'accroissant, elle ne tarda pas à lui devenir adhérente et à l'englober. La tumeur n'a jamais provoqué la moindre douleur, mais le frottement des vêtements a déterminé sur la peau qui la recouvre la production d'ulcérations.

Le diagnostic porté fut lipome ou fibro-lipome du cordon.

L'opération fut pratiquée sous chloroforme : après incision des plans superficiels et d'une mince capsule fibreuse, on put facilement enculéer la tumeur qui fut enlevée avec le testicule atrophié.

La tumeur pesait 370 grammes et avait environ le volume d'une tête d'enfant; elle était entièrement constituée par du tissu graisseux pur avec certains points indurés riches en tissu fibreux. On ne put arriver à découvrir dans cette graisse le testicule, ni l'épididyme (DEREVENKO, 1912).

Ceci est un cas extrême où d'ailleurs le tissu

fibreux se mêle au tissu lipomateux. Mais les observations de petits lipomes sont fréquentes, qu'elles soient observées chez le vivant ou à l'autopsie (FRITZLER, 1925).

2. LIPOMES SYMÉTRIQUES ET DOULOUREUX.

Observation 6. — Un homme de 42 ans présente, depuis 3 ans, une tuméfaction bilatérale devenue ensuite douloureuse dans la région inguinale. Un bandage herniaire exagère les douleurs. Il n'existe aucune hernie, mais une tumeur mollassse, bilatérale qui se poursuit dans le trajet inguinal. Double incision de herniotomie; aucun sac n'est visible. Ablation des lipomes (WERWATH).

L'auteur fait observer qu'il faut différencier des lipomes pré-herniaires les lipomes vrais, qui peuvent être en rapport avec des troubles endocriniens thyroïdiens ou hypophysaires et créer un véritable syndrome d'adiposité douloureuse. Le pronostic en est bon, quoiqu'on ait décrit la possibilité de dégénérescence myxomateuse (HUE et CURLING).

3. LIPOME RÉCIDIVANT DU CORDON.

Observation 7. — Un homme de 45 ans porte depuis trois mois, dans la moitié droite du scrotum, une tumeur qui s'est progressivement accrue. Cette tumeur est actuellement du volume d'une tête d'adulte; elle est de consistance mollassse, avec quelques parties dures. Elle est irréductible, mate à la percussion et, séparée du testicule droit ainsi que de l'orifice du canal inguinal, par un sillon net.

Première opération : énucléation d'un volumineux lipome

du cordon spermatique. Ce lipome se laisse facilement séparer du testicule et des éléments du cordon, sauf en haut où l'on trouve une sorte de pédicule épais qui est lié.

Guérison rapide. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un lipome pur.

Le malade reste parfaitement guéri pendant 4 ans. Au bout de ce laps de temps, une tumeur, tout à fait semblable à la précédente reparait peu à peu dans la moitié droite du scrotum. Le malade revient consulter et l'on constate au niveau du cordon spermatique droit la présence d'une tumeur du volume de deux poings, mollassse, lobulée, irréductible et mate à la percussion.

Deuxième opération : énucléation du lipome récidivé et castration à droite. On poursuit dans le canal inguinal un prolongement piriforme assez volumineux. Guérison. La tumeur récidivée, à l'examen microscopique, est encore du lipome pur (BERESNEGOUSSKY, 1910).

Cette observation est la seule des 35 observations de lipome du cordon publiées en 1910, où l'on ait constaté une récidive in situ après ablation d'un lipome du cordon.

III. — Angiomes du cordon.

ANGIOME CAVERNEUX DU CORDON.

Observation 7. — Un homme de 27 ans est porteur, au niveau de la région inguinale gauche d'une petite tumeur grosse comme une noisette saillante lorsqu'il est debout, affaissée lorsqu'il est allongé, irrégulière, subissant l'impulsion de la toux. On porte le diagnostic de hernie inguinale gauche oblique externe, partiellement réductible.

L'intervention met en évidence une tumeur bleuâtre, grosse comme une noix, bosselée, ressemblant à un hémang-

giome, au contact du sac herniaire. Ablation de la tumeur après ligature du tractus qui la relie au paquet vasculaire; résection du sac herniaire convénital. Opération de Bassini.

Sous le microscope, la tumeur apparaît avec la structure typique d'un hémangiome caverneux, reproduisant l'aspect des corps caverneux de l'appareil génital (ARLOTTA et DOLFINI), 1929.

Les auteurs considèrent que cette néoformation est soit en rapport avec un traumatisme nettement déterminant, soit au contraire liée à une anomalie de développement (germe aberrant du tissu caverneux ou du tissu angioblastique primordial). Ces hypothèses ne seraient pas justifiées dans tous les cas; les hémangiomes pourraient être soit des tumeurs, soit des malformations, soit des lésions post-traumatiques. ARLOTTA et DOLFI considèrent avec une certaine faveur la naissance de la tumeur à partir d'un hématome et aussi le rôle possible de l'altération des conditions circulatoires dans la genèse de l'angiome. Avec VERNONI, ils adopteraient volontiers une terminologie nouvelle : angiectasie simple, angiectasie angioplastique.

IV. — Sarcomes.

1. SARCOMES FIBROBLASTIQUES (FIBRO-SARCOME, FIBROMES FUSO-CELLULAIRES).

Observation 8. — Un jeune homme de 20 ans présente depuis deux mois un noyau dur au niveau du pôle supérieur

du testicule. Aucun signe urinaire. Fléchissements de l'état général. On pense à de la tuberculose. Mais l'examen attentif de la lésion fait renoncer à ce diagnostic.

Le noyau dur, irrégulier, de la dimension d'une grosse noix, siège au niveau de la tête de l'épididyme, dont le corps et la queue sont normaux. Le testicule est un peu gros, un peu mou. Pas de liquide dans la vaginale. Le déférent est normal. Rien au toucher rectal.

L'intervention montre qu'il s'agit d'une tumeur de la taille d'une petite mandarine. Elle surplombe l'épididyme et le testicule sans leur adhérer. Semi castration. A la section, la tumeur paraît entourée d'une capsule fibreuse. Elle est formée de tissu demi-mou, laissant sourdre à la pression un liquide incolore. Il s'agit d'une tumeur sarcomateuse fusocellulaire, avec, par endroits, du tissu conjonctif fibreux abondant (SORDINA, 1934).

Observation 9. — Un homme de 66 ans vit se développer en trois mois, dans le canal inguinal gauche, une tumeur du volume d'un poing d'enfant, parallèle à l'arcade crurale et d'une dureté cartilagineuse. L'ensemble de l'appareil urogénital paraît sain.

L'opération montra que la tumeur était moulée dans le canal inguinal et débordait ses deux orifices, elle adhérerait intimement aux parois du canal, aux vaisseaux iliaques externes et au mésocôlon iliaque. Elle fut enlevée avec le testicule et la portion funiculaire du cordon, dont les éléments se confondaient avec le néoplasme sans qu'il fut possible de les suivre dans son intérieur. Guérison opératoire.

La tumeur blanc grisâtre à la coupe et présentant par places des points calcifiés était un fibro-sarcome avec des foyers sarcomateux typiques à cellules géantes (TÉDENAT et MARTIN, 1908).

Observation 10. — Un homme de 57 ans vient consulter pour une tuméfaction apparue 4 semaines plus tôt dans la

moitié gauche du scrotum. Cette tuméfaction dure, irrégulière, indolore, a acquis rapidement le volume d'une noix. Elle siège au-dessus de l'épididyme, faisant corps avec le cordon, mais n'adhère pas à la peau. Les testicules et les épидидymes sont normaux, la prostate un peu augmentée de volume. On fait le diagnostic de néoplasme du cordon.

Hémi-castration gauche; radiothérapie post-opératoire. Guérison.

L'examen histologique révèle un fibro-sarcome spino-cellulaire avec d'assez nombreuses cellules géantes et de très nombreuses mitoses; la tumeur paraît avoir son origine sur la fibreuse commune du cordon (CHWALLA, 1927).

2. SARCOME POLYMORPHE.

Observation 11. — La tumeur s'était développée aux dépens des enveloppes du cordon spermatique. Testicule et vaginale étaient indépendants de la tumeur. Il s'agissait d'un sarcome à cellules polymorphes avec fibro-sarcome prédominant. L'examen attentif de l'épididyme voisin montrait déjà des noyaux d'envahissement secondaire (BAYER, 1912).

Observation 12. — Un homme de 56 ans présente depuis 20 ans une hernie inguinale partiellement réductible. Depuis 5 jours, la tumeur est devenue plus grosse et tout à fait irréductible. Le malade a vomi. Il ne va pas à la selle. On fait la kélomie.

On trouve dans le sac un peu de liquide séro-sanguinolent et une anse d'intestin grêle, légèrement étranglée par une tumeur du volume d'un gros œuf, située dans le cordon et faisant saillie dans le sac. La tumeur, par en haut, se continue dans le canal inguinal. La tumeur funiculaire en bas descend presque jusqu'à l'épididyme. Celui-ci et le testicule sont d'aspect normal. On enlève en masse cordon et testicule. Guérison.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une tumeur dé-

veloppée dans le cordon et indépendante du testicule et de l'épididyme, tous deux normaux. La tumeur est bosselée. En son centre existe un pseudo-kyste par ramollissement. A la coupe la tumeur est dure, d'aspect fibreux. A l'examen microscopique, on trouve un sarcome mixte : globo et fusocellulaire (FASANO).

3. LIPO-SARCOMES.

« Les tumeurs bénignes du cordon, écrivent TEDE-NAT et MARTIN (1908) étant des lipomes dans la majorité des cas, il ne faut pas s'étonner que de leur dégénérescence maligne soit parfois l'origine de tumeurs lipo-sarcomateuses volumineuses dans lesquelles on trouve des foyers dégénérés au milieu de tissu lipomateux. La clinique nous apprend que souvent l'évolution des sarcomes a été précédée d'une longue période pendant laquelle la tumeur évoluait avec une extrême lenteur. Il est vraisemblable de supposer que cette évolution en deux temps indique la dégénérescence maligne d'une tumeur primitivement bénigne. »

4. MYXO-SARCOMES, FIBRO-MYXO-SARCOMES.

Observation 13. — Un homme de 48 ans présente, dans le canal inguinal droit, une tumeur grosse comme une noix. On fait le diagnostic de fibro-sarcome du cordon et on procède à son extirpation. Comme la masse adhère intimement au canal déférent, on enlève le testicule et on lie le cordon.

A l'examen microscopique, on trouve une structure extrêmement variée suivant les points. De nombreux vaisseaux

sont dilatés, leur paroi effondrée; il y a extravasation de sang alentour. En certains points on trouve des cordons de tissu fibreux constitués par des cellules connectivales fusiformes. En d'autres points se voient des plages de petites cellules rondes sarcomateuses avec ceci, delà quelques cellules géantes. Enfin on aperçoit aussi des îlots de cellules étoilées. En aucun point de la coupe ne se trouvent des éléments du cordon spermatique, du testicule de l'épididyme. L'auteur décrit cette tumeur comme un fibro myxo-sarcome (BAIOCCH 1925).

Observation 14. — Un homme de 66 ans se plaint de sentir une masse dans le côté gauche du scrotum et des douleurs dans l'aîne gauche. Trois mois auparavant, le malade avait découvert une petite masse scrotale qui n'était ni si tendue, ni si douloureuse qu'aujourd'hui. Depuis deux mois, elle a atteint la taille d'une prune. La réaction de Wassermann étant positive, on institua un traitement antisypilitique. Mais la tumeur augmenta. La réaction de Wassermann étant devenue négative, on pensa à une tumeur du scrotum. On ne trouva rien d'autre qui fut anormal dans l'appareil génito-urinaire.

Sur le côté gauche du scrotum, on découvre une masse de la taille d'une orange, n'adhérant pas à la peau, ni fluctuante, ni translucide, ni douloureuse. Le testicule paraissait normal, mais la tête de l'épididyme se perdait dans la tumeur. Le cordon ne pouvait être perçu qu'au-dessus de la masse. Il était nettement élargi, mais le canal déférent restait perceptible. Cette tumeur fut enlevée avec le testicule.

A la section, la tumeur paraissait rose pâle, ferme, brillante. Le microscope montra que la tumeur était due à la prolifération d'éléments jeunes mésodermiques qui en certains endroits formaient des fibrilles donnant une réaction collagène positive, tandis qu'en d'autres endroits on trouvait un beau tissu myxomateux ondulé. Une grande partie de la tumeur était nécrosée. Nulle formation ectodermique. L'apparence était celle d'un ostéosarcome. La tumeur était

bien limitée par une capsule fibreuse. Réaction inflammatoire nette, particulièrement au voisinage de la tumeur. Le diagnostic anatomique fut celui de fibro-myxosarcome (MACKENZIE 1932).

Pour l'auteur il s'agit là d'une variété d'embryome dont le tissu mésodermique seul a subi l'évolution néoplasique.

5. CHONDRO-SARCOMES.

Observation 15. — Un homme de 70 ans accuse, depuis trois mois, des douleurs localisées dans la région inguinale gauche et irradiant vers le testicule. A l'examen, on note, dans la région inguinale, la présence d'une tumeur dure, bosselée, grosse comme un œuf. On sent nettement que la tumeur siège dans l'intérieur du canal inguinal. Elle est assez mobile et tend à sortir un peu pendant les efforts de toux.

Ablation de la tumeur avec tout le cordon et le testicule. Guérison.

La tumeur irrégulièrement ovoïde bosselée est de couleur gris rosé. A la coupe on voit des ilots bleuâtres qui semblent bien être du cartilage. Testicule et épидидyme sont sains. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un chondro-sarcome (FASANO, 1908).

6. LEIO-MYOME MALIN.

Observation 16. — Un enfant de 15 ans entre à l'hôpital pour une tumeur des bourses. Le début remonte à un mois et demi. Aucune douleur. La bourse droite augmentée de volume dépasse la bourse gauche. La peau n'est pas adhérente à la tumeur qui au palper est peu douloureuse. Elle est dure en arrière, rénitente en avant. Elle paraît faire corps

avec le testicule et l'épididyme. Une deuxième masse surmontant la première donne au tout la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure. La tumeur est solide, irréductible.

A l'incision de la vaginale, il s'écoule du sang à peu près liquide. La tumeur est en arrière de la vaginale. Elle est extirpée, mais testicule et épидидymes qui sont sains sont laissés en place.

L'histologie montre qu'il s'agit d'un néoplasme des plus malins se présentant sous la forme de cellules polymorphes inégales. Au milieu de ces cellules typiques on voit, disséminées des cellules musculaires lisses. Il s'agit d'un leiomyome malin.

Une seconde opération est alors pratiquée; testicule et cordon sont réséqués. On constate du reste que toute la tumeur n'avait pas été enlevée lors de la première intervention vieille d'un mois ou qu'il s'est déjà produit une récédive. Le noyau enlevé est en plein épидидyme.

Le malade est mort de généralisation 5 mois après la castration (PATEL et CHALIER, 1909).

Cette observation montre à quel point les cas dont la bénignité n'est pas certaine, il vaut mieux pratiquer la semi-castration.

7. LYMPHADÉNOME.

Conformément aux idées actuelles, bon nombre de tumeurs étiquetées sarcomes globo-cellulaires eussent plutôt mérité d'être appelées lymphadénomes.

V. — Epithéliomes.

Observation 17. — Un homme de 38 ans souffre de l'aine droite, du petit bassin et de la région sacrée. On perçoit,

dans le canal inguinal droit, une masse fusiforme, bosselée, douloureuse, immobile en continuité avec les éléments du cordon. La tumeur est enlevée d'un seul tenant.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale en partie solide, en partie kystique. Neuf jours plus tard on complète l'opération par une castration droite. Testicule et canal déférent sont normaux dans toute leur longueur. L'épithélium du canal déférent ne peut être incriminé, il faut penser que cette tumeur s'est développée aux dépens de débris Wolffiens (FELSENREICH, 1929).

Observation 18. — Un homme de 42 ans présente une tumeur dure intra-inguinale développée en 9 mois. Ablation avec les ganglions iliaques externes qui paraissent sains. Mort de cachexie avec hématuries et ascite 18 mois plus tard.

La tumeur grisâtre présente des points jaunes et quelques îlots kystiques. Le canal disparaît à son intérieur. A la coupe, on trouve des alvéoles contenant des boyaux de cellules cubiques ou cylindriques. Ganglions normaux. Cet épithélium qui ne semble pas développé aux dépens du canal déférent. Il provient sans doute de débris Wolffiens (TEDENAT et MARTIN, 1908).

VI. — Dysembryomes bénins.

Les kystes dermoïdes pour HIXMAN et GIBSON (1924), les tumeurs mixtes, pour PATEL et CHALIER (1909-1910), seraient à peu près aussi fréquents que les fibromes. Leur origine est difficile à expliquer.

*
**

A côté de ces tumeurs bien classées, il faut citer une

tumeur observée par FRESNAIS et MOUCHET et dont la nature exacte n'a pu être définie avec certitude. Il est très intéressant de la rapprocher du cas que nous avons publié.

Tumeur polymorphe du cordon.

(Lymphogranulomatose, épithélioma ou lymphosarcome).

Observation 19. — Un homme de 73 ans vient consulter pour une tumeur du canal inguinal apparue insidieusement trois mois auparavant. Cette tumeur augmente de volume progressivement, atteignant l'orifice inguinal externe, puis se prolongeant dans les bourses.

On constate l'existence d'une tumeur inguinale gauche allongée en boudin, suivant le trajet du canal, tumeur de la grosseur de quatre doigts environ, dure, indolore roulant sous la main qui la palpe, bien mobile sur les plans profonds. Le testicule et l'épididyme sont normaux, entourés d'une légère lame d'hydrocèle. Aucune adénopathie.

La tumeur est enlevée avec un petit ganglion qui surplombe son pôle supérieur et en même temps que le cordon et le testicule. Cinq mois après le malade est en excellente santé.

La tumeur englobe tous les éléments du cordon qui ne peuvent être reconnus, ni dissociés; elle est dure et apparaît de coloration blanchâtre uniforme à la coupe. Elle mesure 11 cm. de long, sur 4 de diamètre.

L'examen des coupes prélevées à différents niveaux montre un polymorphisme considérable.

Dans certaines régions, on voit un réticulum constituant un réseau à mailles inégales renfermant des éléments cellulaires divers. On y rencontre des polynucléaires surtout éosinophiles, des plasmocytes. Les éléments les plus nombreux sont des lymphocytes à topographie périvasculaire. Un élément particulier est une grande cellule claire à noyau irrè-

gulaire, polylobé, à chromatine poussiéreuse, dont l'aspect rappelle celui de la cellule de Sternberg, caractéristique de la lymphogranulomatose maligne.

Dans d'autres régions, on trouve des cellules à protoplasma réduit, à noyaux assez volumineux qui ont l'aspect de cellules épithéliales. La topographie générale de la prolifération fait d'ailleurs elle-même penser à un épithélioma. Les éléments tumoraux sont divisés en travées plus ou moins régulières par des fins tractus conjonctifs.

En d'autres régions enfin, il existe de nombreuses cellules lymphoïdes qui s'éparpillent dans le stroma. Elles ont l'air à peu près isolées et, par endroits, on constate la présence de cellules fusiformes assez abondantes. C'est en somme l'aspect du sarcome encore que l'abondance du stroma soit un peu singulière.

Le canal déférent englobé dans la tumeur est indemne de toute lésion. Au-dessus de la tumeur le cordon est sain.

Il s'agit d'une tumeur maligne développée aux dépens du cordon.

Les auteurs ne peuvent préciser la nature exacte de la tumeur : ils envisagent les trois hypothèses suivantes : lymphogranulomatose, épithélioma et lympho-sarcome; ils penchent pour cette dernière hypothèse (FRESNAIS et MOUCHET, 1934).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement à appliquer aux tumeurs du cordon est leur ablation chirurgicale.

On se contentera d'enlever la tumeur si l'on est sûr qu'il ne s'agit que d'un lipome ou d'un fibrome, tumeurs bénignes. Mais dans tous les autres cas, même s'ils ne sont que douteux, on fera bien d'enlever en bloc le testicule, l'épididyme et le cordon qui sera réséqué le plus haut possible. Les opérations en deux temps, biopsie, puis castration, ont donné de piteux résultats dans les cas de malignité.

L'ablation des ganglions iliaques peut être tentée dans les tumeurs dont la malignité est certaine, mais dès que ces ganglions sont pris, le pronostic est bien mauvais. On n'aura guère l'occasion de pratiquer l'ablation des ganglions inguinaux ou cruraux.

CONCLUSIONS

1° Comme les kystes du cordon, les tumeurs solides de ce tractus ont une histoire clinique discrète. A moins d'avoir atteint un gros poids et un grand volume, elles sont généralement découvertes fortuitement. Les symptômes douloureux font bien souvent défaut.

2° Elles sont caractérisées anatomiquement par un grand polymorphisme.

3° Les unes sont d'un type histologique qui les rend facilement identifiables.

4° Pour un certain nombre d'autres, il est plus difficile de les classer et les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur la place qu'elles doivent occuper.

5° Il peut se développer au niveau du cordon, des formations solides telles que celle dont l'observation est ici rapportée : elles ont le caractère clinique d'une tumeur et les caractères histologiques d'une lésion inflammatoire. Leur pathogénie reste obscure.

Vu : Le Président de Thèse,
MONDOR,

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités.

- SEBILEAU et DESCOMPS. — Maladies des organes génitaux de l'Homme. (*Traité de chirurgie* de LE DENTU et DELBET, 1916).
- HINMAN et GIBSON. — Tumeurs de l'épididyme, du cordon spermatique et des tuniques du testicule; revue de la littérature et relation de trois observations nouvelles. (*Archives of Surgery*, Tome 8, N° 1, 1^{re} partie, Janvier 1924).
- MACKENSIE. — Fibro myxosarcome du cordon spermatique. (*Transactions of the Amer. Assoc. of Genito-urinary Surgeons*, Tome 25, 1932).
- PATEL et CHALIER. — Les tumeurs du cordon spermatique. (*Revue de Chirurgie*, tome 29, Janvier à Août 1909).

Fibromes du cordon.

- DUBAR et LEROY. — A propos d'un fibrome du cordon spermatique. (*Echo médical du Nord*, 19 janvier 1908).
- HINMAN et GIBSON (loci citati).

Myxo-fibromes du cordon.

- STARLINGER. — Contribution au diagnostic des tumeurs du cordon. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 189, N° 4-6, Janvier 1925).

Lipomes du cordon.

- DEREVENKO. — Un cas de lipome du cordon spermatique. (*Voennomeditsinsky Journal*, Tome 233, N° 3, Juillet 1912).

FRITZLER. — Contribution à l'étude des tumeurs du cordon de la vaginale et de l'épididyme. (*Zeitschr. für Urol. Chir.*, Tome 18, fasc. 5-6, 1925).

WERVATH. — Sur les lipomes symétriques et douloureux du cordon spermatique. (*Brün's Beitr. zur Klin. Chir.*, tome 135, N° 2).

BERESNEGOUSKY. — Lipome du cordon. (*Beiträge zur Klin. Chir.*, tome 69, fasc. 3, Octobre 1910).

Angiomes du cordon.

ARLOTTA et DOLFINI. — Cas princeps de cavernome du cordon spermatique. (*Arch. Ital. di Chirurgia*, tome 25, fasc. 2, Décembre 1929).

Fibro-sarcomes du cordon.

CHWALLA. — Un cas de fibro-sarcome du cordon spermatique. (*Zeitschr. für Urol. Chirurg.*, tome 23, fasc. 5-6, Décembre 1927).

BAILA, DE SURRA CANARD et LASCANO GOZALEZ. — Un cas de sarcome du cordon spermatique. (*La Prensa medica Argentina*, tome 22, n° 28, 10 juillet 1935).

SORDINA (T.). — Fibro-sarcome du cordon spermatique. (*Journ. d'Urologie*, tome 38, N° 5, Nov. 1934).

BAYER. — Sarcomes de la tunique vaginale et du cordon spermatique. (*Beitr. zur Klin. Chir.*, tome 82, fasc. 82, Décembre 1912).

Fibro-myxo-sarcomes du cordon spermatique.

MACKENSIE (Loco citato).

BAIOCCHI. — Tumeur du cordon spermatique : un cas rare de fibro-myxo-sarcome. (*Annal. Ital. di Chirurgie*, Tome 4, fasc. 10, 30 octobre 1925).

**Sarcomes polymorphes et chondrosarcomes
du cordon spermatique.**

FASANCO. — Deux cas rares de sarcome du cordon spermatique. (*Il Policlio, Sezione Chirurgica*, 1908, tome 15, fasc. II, Novembre 1908).

Epithéliomas.

TEDENAT et MARTIN. — Tumeurs malignes du cordon. (*Arch. gén. de Chirurgie*, tome 2, N° 2, Février 1908).

FELSENREICH. — Contribution casuistique aux tumeurs malignes épithéliales du cordon spermatique. (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, tome 209, fasc. 1-5, Septembre 1929).

Tumeurs du cordon difficiles à classer.

FRESNAIS et MOUCHET. — Un cas de tumeur maligne du cordon spermatique. (*Journ. d'Urol.*, Tome 38, n° 3, Sept. 1934).

Kystes du cordon spermatique d'origine conjonctive.

FIORI (P.). — Les kystes du cordon développés aux dépens du tissu conjonctif. (*Deutsche Mediz. Wochenschrift.*, tome 39, N° 24, 12 juin 1913).

— Les kystes conjonctivaux du cordon spermatique. (*Revue de Chirurgie*, Tome 55, N° 4, Avril 1936).

MOSTI (R.). — Les kystes du cordon spermatique d'origine conjonctive. (*Gaz. degli Ospedali delle Cliniche*, tome 25, n° 54, 5 mai 1914).

GIACCOBE. — Kystes connectivaux du cordon spermatique. (*Il Policlinico (Sezione pratica)*, tome 39, N° 10, 7 mars 1932).

